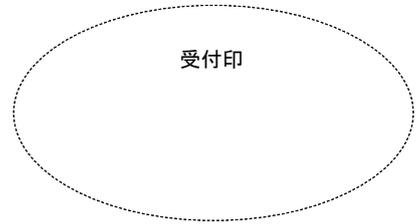


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	課長	担当



**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 申請書**
限度額適用・標準負担額減額

【申請者についての注意点】

組合員(申請者)の欄は第1種組合員(医師)またはその家族が対象者の場合は第1種組合員(医師)の署名・捺印をお願いいたします。第2種組合員(従業員)またはその家族が対象者の場合は第2種組合員(従業員)の署名・捺印をお願いいたします。

【記載の方法については裏面をご覧ください。】

提出代行者の氏名	
----------	--

組合員 (申請者)	被保険者証 記号-番号	— —	フリガナ 氏名		性別	1. 男 2. 女
	生年月日		1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日		
	自宅住所	〒 — 連絡先TEL — —				
	個人番号 (マイナンバー)					
限度額適用 減額対象者	組合員 との続柄	1. 組合員(申請者)本人 2. その他 () (例) 夫、妻、父、母、長男など	フリガナ 氏名		性別	1. 男 2. 女
	生年月日		1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日		
	個人番号 (マイナンバー)					
長期入院 (申請日の前1年間に 90日以上入院がある)	1. 該当 2. 非該当	限度額適用認定証 の送付先	1. 勤務先の医療機関 2. 限度額適用減額対象者の自宅(被保険者証記載の住所) 3. その他()			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年 月 日 から	平成・令和	年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年 月 日 から	平成・令和	年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年 月 日 から	平成・令和	年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地		
上記の通り申請致します						
提出年月日 令和 年 月 日						
岩手県医師国民健康保険組合理事長 様						

※事務局記入欄

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	発行年月日	令和 年 月 日
------	-----------	-------	----------

【国民健康保険 限度額適用/標準負担額減額/限度額適用・標準負担額減額 申請書の記載について】

- 提出代行者の氏名 : 第1種組合員(医師組合員)または当該事業所以外の方が資格取得の申請を行う場合、申請書を提出する者の氏名を記載して下さい。

■組合員(申請者)

- 被保険者証記号番号 : 被保険者証に記載の記号番号を記載して下さい。
- 氏名 : 住民票に記載の氏名を記載の上、認印(シャチハタ不可)をついて下さい。フリガナはカタカナで記載して下さい。
- 生年月日 : 該当の番号に○をして、生年月日を記載して下さい。
- 性別 : 該当の番号に○をして下さい。
- 自宅住所 : 住民票に記載の住所を記載して下さい。また、連絡先(携帯可)を記載して下さい。
- 個人番号 : 本人確認(「番号確認」および「身元確認」)を必ず行なった上で、誤りのないよう記載して下さい。

■限度額適用減額対象者

- 組合員との続柄 : 該当の番号に○をして下さい。その他の場合は括弧の中に続柄を記載して下さい。
(例) 夫、妻、父、母、長男、次男、長女、次女 等
- 氏名 : 住民票に記載の氏名を記載して下さい。フリガナはカタカナで記載して下さい。
- 生年月日 : 該当の番号に○をして、生年月日を記載して下さい。
- 性別 : 該当の番号に○をして下さい。
- 個人番号 : 本人確認(「番号確認」および「身元確認」)を必ず行なった上で、誤りのないよう記載して下さい。

- 長期入院 : 申請日の前1年間の間に90日以上入院がある場合は1に○をして下さい。該当しない場合は2に○をして下さい。
- 限度額適用認定証の送付先 : 該当の番号に○をして下さい。送付先が別にある場合は3.その他の括弧に送付先を記載して下さい。
- 申請日の前1年間の入院期間(日数)および入院をした保険医療機関等 : 長期(90日間以上)の入院がある場合はその内容について記載して下さい。長期(90日間以上)の入院がない場合は記載の必要はありません。
- 申請書下部に提出年月日を記載して提出して下さい。

【提出書類等】

- ・国民健康保険限度額適用申請書
- ・申請者(第1種組合員または第2種組合員)の身元確認書類
- ・組合員および組合員の世帯に属する医師国保組合の被保険者の所得証明書の写し

【留意点】

- 組合員(申請者)の欄は、第1種組合員(医師)またはその家族が限度額適用減額対象者の場合は第1種組合員(医師)の署名・捺印をお願いいたします。第2種組合員(従業員)またはその家族が限度額適用減額対象者の場合は、第2種組合員(従業員)の署名・捺印をお願いいたします。